

Michael Bernard
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Strafrecht

Timo Korn
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Familienrecht
Fachanwalt für Strafrecht

Prof. Dr. Hanno M. Kämpf
Strafverteidiger

Anna Deus-Cörper
Rechtsanwältin
Fachanwältin für Verkehrsrecht

Sven Hartmann
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Bank- und Kapitalmarktrecht
Bankkaufmann

Denis Skaric-Karstens, Mag. rer. publ
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Sozialrecht

Daniela Hery, LL.M. (MedR)
Rechtsanwältin
Fachanwältin für Medizinrecht

Jessica Hamed
Rechtsanwältin
Fachanwältin für Strafrecht

Nadia Thibaut
Rechtsanwältin
Fachanwältin für Arbeitsrecht

Timo Berneit
Rechtsanwalt

Hanna Wöllstein
Rechtsanwältin

Bernard Korn & Partner, Stromberger Straße 2, 55545 Bad Kreuznach

Oberverwaltungsgericht
für das Land Nordrhein-Westfalen
Postfach 63 09
48033 Münster

Eilt sehr!

Anhörungsrüge!

Bitte sofort vorlegen!

Nur per beA

DATUM	**AKTENZEICHEN**	**DURCHWAHL**	**E-MAIL**
27.11.2020	0931/2020-JH	(06131) 5547666	hamed@ckb-anwaelte.de

In dem Verwaltungsrechtsstreit
Simon Hoyden ./. Land Nordrhein-Westfalen
13 B 1780/20.NE

wird gegen den Beschuss vom 25.11.2020

Anhörungsrüge gemäß § 152a Abs. 1 VwGO

erhoben.

Begründung

Die Voraussetzungen des § 152a Abs. 1 VwGO liegen vor. Der Beschluss ist unanfechtbar und das Gericht hat den Anspruch des Antragsstellers auf rechtliches Gehör in entscheidungserheblicher Weise verletzt.

1. Der Senat nimmt Folgendes an (S. 8 des Beschlusses):

Partnerschaftsgesellschaft
Amtsgericht Koblenz PR 155
USt-Ident-Nr. DE 219 123 576

www.ckb-anwaelte.de
info@ckb-anwaelte.de

Kanzleisitz Bad Kreuznach
Stromberger Straße 2
55545 Bad Kreuznach
Telefon +49 671 920 275 0
Telefax +49 671 920 275 9

Kanzleisitz Mainz
Hindenburgplatz 3
55118 Mainz
Telefon + 49 6131 55 47 666
Telefax + 49 6131 55 47 667

Kanzleisitz Wiesbaden
Klingholzstraße 7
65189 Wiesbaden
Telefon +49 611 341 487 5
Telefax +49 611 341 532 1

Commerzbank Bad Kreuznach
IBAN DE60 5504 0022 0112 9212 01
BIC COBADEFFXXX

2. Der Antragsteller weist zwar zutreffend darauf hin, dass ein positiver PCR-Test als solcher noch keine Infektiosität im Einzelfall belegt.

> Siehe dazu etwa
> https://dgn.org/neuronews/journal_club/vorhersage-der-infektiositaet-von-sars-cov-2-bei-positiver-pcr/,
> abgerufen am 24. November 2020.

Dies ändert aber nichts an dem Umstand, dass die Entwicklung der positiven Testungen insgesamt sowie die daraus abgeleiteten Inzidenz- und R-Werte und nicht zuletzt auch die steigende Zahl der stationär behandelten COVID-19-Patienten,

> vgl. dazu etwa
> https://www.divi.de/joomlatools-files/docman-files/divi-intensivregister-tagesreports/DIVI-Intensivregister_Tagesreport_2020_11_23.pdf;
> https://www.divi.de/aktuelle-meldungen-intensivmedizin/nicht-warten-bis-wir-am-limit-sind-gemeinsamer-ruf-nach-politischem-schutzschirm-fuer-belastete-kliniken; jeweils abgerufen am 24. November 2020,

einen belastbaren Rückschluss auf die Dynamik des Infektionsgeschehens erlauben.

a. Der Senat verweist bzgl. der Bestätigung, dass, wie diesseits umfassend erläutert, der PCR-Test **keine Infektiosität belegt**, auf Ausführungen der Deutschen Gesellschaft für Neurologie. Unter dem seitens des Senats angegebenen Link findet sich folgende Ausführung:

> **Die RT-PCR weist RNA nach, aber nicht die Infektiosität eines Virus, sodass das Ansteckungsrisiko, das beispielsweise von einem Patienten mit persistierend positiver PCR ausgeht, unbekannt ist. Für die durch das öffentliche Gesundheitswesen zu ergreifenden Maßnahmen ist jedoch entscheidend, ob ein Patient infektiös ist. Die kanadische Studie [1] liefert erstmals umfangreichere Daten zur Beziehung zwischen Infektiosität und der Zeit vom Symptombeginn bis zum Test (STT „symptoms to test") sowie der Viruskonzentration im Abstrichmaterial.**
>
> Von 90 COVID-19-Patienten in einem medianen Alter von 45 (30-59) Jahren (49% männlich) wurden Proben (endotracheale oder nasopharyngeale Abstriche), die in der RT-PCR einen positiven Nachweis der SARS-CoV2-„Envelope"-Zielsequenz („E-Gen") ergeben hatten, nachuntersucht. Getestet wurde die Fähigkeit der Viren, spezielle lebende Zelllinien zu infizieren. Bei 26/90 inkubierten Proben (28,9%) kam es zu einer Infektion bzw. zur Virusvermehrung. Keine Infektiosität bestand bei Proben mit STT-Zeiten von >8 Tagen. In Proben mit einem Ct-Wert >24 kam es ebenfalls nicht zur Virusvermehrung. Der Ct-Wert entspricht der Zahl der notwendigen PCR-Zyklen („threshold cycle" oder Schwellenwertzyklus) bis zur positiven Virusdetektion und ist somit ein Maß für die Viruskonzentration – ein niedrigerer Ct-Wert bedeutet eine höhere Viruskonzentration im Abstrich. Eine positive Viruskultur (als binäre Vorhersagevariable) war vom Ct-Wert und der STT-Zeit abhängig: pro Einheit Ct-Anstieg sank die Infektionswahrscheinlichkeit um 32%. Die ROC-Kurve bzw. AUC („Area under the receiver operating curve") bestätigte mit OR=0,91 (p<0,001) eine gute Eignung des Ct-Wertes zur Vorhersage der Infektiosität. Bei Ct>2 lag die Spezifität bei 97%.
>
> Zusammenfassend waren die Proben nur bis zu einer bestimmten Viruskonzentration (Ct-Wert <24) und höchstens bis zu sieben Tage nach Symptombeginn infektiös. Diese Informationen können über das PCR-Ergebnis der Patienten hinaus herangezogen werden, wenn es darum geht, klinische oder öffentliche gesundheitspolitische Entscheidungen zur Transmissionskontrolle zu treffen.
>
> *Bullard J, Dust K, Funk D et al. Predicting infectious SARS-CoV-2 from diagnostic samples. Clinical Infectious Diseases, 22. Mai 2020. https://doi.org/10.1093/cid/ciaa638*

https://dgn.org/neuronews/journal_club/vorhersage-der-infektiositaet-von-sars-cov-2-bei-positiver-pcr/ (zuletzt abgerufen am 27.11.2020)

Der Senat beruft sich damit **selbst** auf die auch diesseits gemachten Ausführungen und lässt sie **gleichwohl unberücksichtigt**.

Den Ausführungen der vom Senat zitierten Wissenschaftler*innen der DGN, die auf eine kanadische Studie verweisen, auf die diesseits in der Antragsschrift vom 11.11.2020, dort S. 70, auch hingewiesen wurde, ist schließlich gerade zu entnehmen, dass es für „öffentliche gesundheitspolitische Entscheidungen zur Transmissionskontrolle" – mithin zu den hier streitgegenständlichen Fragen, inwieweit Eindämmungsmaßnahmen verhältnismäßig sind – **auf die Infektiösität der betroffenen Patient*innen ankommt**.

Hierzu wäre, wie diesseits in der Antragsschrift vom 11.11.2020 auf S. 62 ff. erläutert wurde, **zumindest** erforderlich, **entsprechende Grenzwerte** im Hinblick auf die PCR-Zyklen zu bestimmen.

Das heißt, es ist unter Berücksichtigung dieser wissenschaftlichen Erkenntnisse vom Verordnungsgeber zu fordern, dass er die positiven Fallzahlen – die das Fundament für alle Coronabekämpfungsmaßnahmen darstellen – jedenfalls um diejenigen Zahlen bereinigt, bei denen der Ct-Wert über 24 liegt.

Ersichtlich können nämlich **aus einer nicht validen Datenbasis** – aktuell unbrauchbare Ausgangsdaten, da der Test eben gerade **keinen Infektiösität** nachweist, **keine aussagekräftigen anderweitigen Werte** abgeleitet werden.

Da sich auch die politisch bedeutsame 7-Tages-Inzidenz aus den positiven Testungen, die wie der Senat zu Recht festgestellt hat, **bloße positive Testungen** sind und keinen Aufschluss auf die jeweilige

Infektiösität zulassen, speist, **kann denknotwendigerweise auch diesem abgeleiteten Wert keine Aussagekraft zugeschrieben werden**.

Mit anderen Worten: **Der Fehler – Zuschreibung einer Infektiösität bei jedem positiven SARS-CoV-2-PCR-Test – setzt sich bei jedem abgeleiteten Wert – auch bei der 7-Tage-Inzidenz – fort**.

Dies ist umso gravierender, wenn man zudem berücksichtigt, dass aktuell weiterhin die Grenzwerte gelten (50 Neuinfektionen auf 100.000 Einwohner*innen), die im Frühjahr 2020 postuliert wurden, obgleich inzwischen deutlich mehr getestet wird.

Während im Frühjahr 2020 zur Hochzeit (KW 20) 432.666 Tests in einer Woche durchgeführt wurden, sind es aktuell seit Wochen über 1 Million Tests pro Woche, und damit mehr als doppelt so viele. In der KW 45 waren es **1.565.418 Tests**, mithin mehr als **dreimal so viele** wie in der KW 20. In den kritischen Wochen im Frühjahr gab es in der Regel sogar weniger als 400.000 wöchentliche Tests, sodass man sagen kann, dass **inzwischen knapp viermal so viele Tests** durchgeführt werden wie damals.

> https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/2020-06-17-de.pdf?__blob=publicationFile;
> https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Nov_2020/2020-11-11-de.pdf?__blob=publicationFile

Die weitere Annahme des Senats, dass die Entwicklung der positiven Testungen **trotz** der von ihm auch erkannten eingeschränkten Aussagekraft eines positiven PCR-Tests, gleichwohl ein „belastbare[r] Rückschluss auf die Dynamik des Infektionsgeschehens erlauben“, ist wissenschaftlich und denkgesetzlich nicht nachvollziehbar.

Um es auf den Punkt zu bringen: Aus einer falschen Datengrundlage können keine richtigen Schlüsse gezogen werden.

Auch ein portugiesisches Gericht hatte in der zweiten Instanz Fragen zum PCR-Test bzw. zu der Aussagekraft eines positiven PCR-Tests zu klären (Tribunal da Relaçao de Lisboa, Az: 1783/20. 7 T8PDL.L1, Beschluss vom 11.11.2020).

In diesem Fall war eine Gruppe aus vier Personen betroffen, die auf den Azoren in Quarantäne geschickt wurden, nachdem eine Person von ihnen positiv getestet wurde. Ein erstinanzliches Gericht bestätigte die Quarantäne als rechtmäßig, weil die positiv getestete Person infektiös beziehungsweise ansteckend sei. In der zweiten Instanz hatte das Berufungsgericht dies anders gesehen und festgestellt, dass die Verhaftung der Antragsteller rechtswidrig gewesen sei und die Antragsteller unverzüglich freizulassen seien (**Anlage**, gerichtliche Entscheidung im Original, zur Zusammenfassung: https://crlisboa.org/wp/juris/processo-n-o1783-20-7t8pdl-l1-3/)

Das Gericht führt u.a. aus (freie Übersetzung; Hervorhebungen durch die Unterzeichnerin):

> *„17. Tatsächlich ist das einzige Element der nachgewiesenen Fakten in dieser Hinsicht die Durchführung von RT-PCR-Tests, von denen einer für einen der Antragsteller ein positives Ergebnis ergab.*
>
> *i. In Anbetracht der derzeitigen wissenschaftlichen Erkenntnisse ist **dieser Test alleine nicht in der Lage, zweifelsfrei nachzuweisen, dass eine solche Positivität tatsächlich der Infektion einer Person mit dem SARS-CoV-2 Virus entspricht**, und zwar aus mehrere Gründe, von denen wir zwei hervorheben […]:*

Denn diese Zuverlässigkeit hängt von der Anzahl der Zyklen ab, aus denen sich der Test zusammensetzt*; denn diese Zuverlässigkeit hängt von der Menge der vorhandenen Viruslast ab.*

[…]

Die Anzahl der Zyklen […] führt zu einer mehr oder weniger großen Zuverlässigkeit solcher Tests.

iii. Und das Problem ist, dass diese Verlässlichkeit in Bezug auf die wissenschaftlichen Beweise mehr als fragwürdig ist (und in diesem Bereich wird der Richter auf das Wissen von Experten auf diesem Gebiet zurückgreifen müssen).

[…]

iv. ***Was aus diesen Studien folgt ist hiernach – die mögliche Zuverlässigkeit der durchgeführten PCR-Tests hängt von Anfang an von der Anzahl der Amplifikationszyklen ab, die sie beinhalten, so dass bis zu einer Grenze von 25 Zyklen die Zuverlässigkeit der Tests bei etwa 70 % liegt; wenn 30 Zyklen durchgeführt werden sinkt der Zuverlässigkeitsgrad auf 20 %; wenn 35 Zyklen erricht werden, liegt der Zuverlässigkeitsgrad bei 3 %.***

[…]

vi. In einer sehr aktuellen Studie von […] veröffentlicht in der ebenso prestigeträchtigen The Lancet, Respiratory Medicine, wird […] darauf hingewiesen, dass (freie Übersetzung):

„Jeder diagnostische Test ist im Zusammenhang mit der tatsächlichen Möglichkeit der Krankheit zu interpretieren, die vor seiner Durchführung besteht. Für COVID-19 hängt die Entscheidung, den Test durchzuführen, von der vorherigen Beurteilung der Existenz von

Symptomen, früherer medizinischer Vorgeschichte von COVID-19 oder das Vorhandensein von Antikörpern, eine mögliche Exposition gegenüber dieser Krankheit und keine Wahrscheinlichkeit für eine andere mögliche Diagnose, ab. […] Es gibt jedoch, und dies ist noch wichtiger, keinen wissenschaftlichen Beweis dafür, dass niedrige Konzentrationen von RT-PCR-Virus-RNA einer Infektion gleichwertig sind, es sei denn, das Vorhandensein infektiöser Viruspartikel wurde durch Laborkulturmethoden bestätigt."

18. ***Da es also so viele wissenschaftliche Zweifel gibt, die von Experten auf diesem Gebiet geäußert wurden und die hier ausschlaggebend sind, an der Zuverlässigkeit solcher Tests, die die Parameter ihrer Leistungsfähigkeit ignorieren und keine ärztliche Diagnose im Sinne des Vorliegens einer Infektion und eines Infektionsrisikos stellen lassen, wäre es diesem Gericht niemals möglich, festszustellen, ob C tatsächlich Träger des SARS-CoV-2 Virus war oder ob A. B. und D. einem hohes Risiko ausgesetzt waren.***"

Der stringenten Schlussfolgerung des Gerichts ist zuzustimmen.

Nach alledem sind die Ausführungen des Senats ersichtlich **in sich widersprüchlich und denkgesetzlich fehlerhaft,** da der Senat, anders als das portugisische Gericht, lediglich den **halben Schluss** aus der – richtigen – Feststellung, dass ein positiver PCR-Test keine Infektiösität belegt, gezogen hat.

Das Voranstehende konsequent zu Ende gedacht, bedeutet, dass wenn bei **keinem** positiven Fall klar ist, ob er infektiös ist, dies auch für die **Fallgesamtheit** gelten muss.

Das bedeutet indes **nicht**, dass **keinerlei Maßnahmen zu rechtfertigen** wären, das bedeutet lediglich, dass der Verordnungsgeber sich andere,

valide Parameter suchen muss, um ein aussagekräftiges Bild vom Infektionsgeschehen zu erhalten.

Der Verordnungsgeber ist dringend dazu aufzufordern, valide Parameter zu bestimmen.

Dies nicht zuletzt vor dem Hintergrund, dass § 28a Abs. 3 IfSG Schwellenwerte für Grundrechtseingriffe festlegt, die an „Neuinfektionen" anknüpfen. D.h. es dürfen nur **Infektionen** berücksichtigt werden.

Gemäß § 2 Nr. 2 IfSG versteht man unter einer Infektion die Aufnahme eines Krankheitserregers und seine nachfolgende Entwicklung oder Vermehrung im menschlichen Organismus.

Folglich muss ein Krankheitserreger aufgenommen werden. Ein Krankheitserreger ist gemäß § 2 Nr. 1 IfSG ein **vermehrungsfähiges** Agens (Virus, Bakterium, Pilz, Parasit) oder ein sonstiges biologisches transmissibles Agens, das bei Menschen eine Infektion oder übertragbare Krankheit verursachen kann.

Ob ein Virus aber vermehrungsfähig ist, kann indes nicht ohne Weiteres mittels eines PCR-Tests festgestellt werden. Insofern sind die aktuell übermittelten Fallzahlen ohne Korrekturen, wie etwa die Festlegung eines wissenschaftlich nachvollziehbaren Ct-Wertes oder einer zusätzlichen klinischen Diagnostik, die das Ergebnis des PCR-Tests bestätigt oder nicht bestätigt, kein rechtlich zulässiger Anknüpfungspunkt.

Die aktuelle Anknüpfung an die Anzahl der positiven Tests ist vielmehr unwissenschaftlich und damit **willkürlich**.

Mögliche zulässige Anknüpfungspunkte könnten z.B. diagnostisch bestätigte Fälle oder Zahlen, die durch die Krankenhäuser übermittelt werden, sein. Es sollten hierbei ausschließlich die Patient*innen, die

tatsächlich wegen COVID-19 behandelt werden und nicht etwa wegen einem anderen Leiden in Behandlung sind und zeitgleich positiv auf SARS-CoV-2 getestet wurden, berücksichtigt werden.

Hätte der Senat den hier übergangene Vortrag berücksichtigt, hätte sich das **zwingend** auf den beanstandeten Beschluss ausgewirkt. Denn auch die hier beanstandete Maßnahme wird letztlich mit der hohen Anzahl der positiven Testungen begründet. Aus dieser zieht der Verordnungsgeber nämlich im Hinblick auf das Infektionsgeschehen Schlüsse. Wie allerdings bereits in der Antrasgsschrift vom 11.11.2020 aufgezeigt, ist bereits die Grundannahme des Verordnungsgebers (positiver Fall = Neuinfektion) fehlerhaft, sodass dem Antrag (auch) schon deshalb stattzugeben ist.

b. Im Übrigen ließ der Senat das hiesige Vorbringen zu der Entwicklung von Atemwegserkrankungen in der Bevölkerung im Vergleich zu den Vorjahren sowie die Entwicklung der Intensivbettenbelegung (Antragsschrift vom 11.11.2020, dort S. 78 ff. (Verweis auf Prof. Dr. Kuhbandner)) **in Gänze unberücksichtigt** und verletzt auch dadurch den Anspruch des Antragstellers auf rechtliches Gehör.

Die hiesigen Ausführungen in der Antragsschrift vom 11.11.2020 werden auch von der Initative Qualitätsmedizin e.V. bestätigt. Dort heißt es in einer Zusammenfassung:

Die Initiative Qualitätsmedizin e.V. (IQM) hat das Leistungsgeschehen in 421 Krankenhäusern während der COVID-19-Pandemie untersucht und appelliert an politische Entscheidungsträger, diese Daten zu nutzen. Für die Studie stellten die beteiligten IQM Mitgliedskrankenhäuser freiwillig die Abrechnungsdaten ihrer ca. 2,8 Mio. im ersten Halbjahr 2020 behandelten Fälle zur Verfügung. Die Untersuchung vergleicht die Fallzahlen und Sterblichkeit schwerer Atemwegserkrankungen (SARI, Severe Acute Respiratory Infections) ebenso wie die Verläufe anderer nicht COVID assoziierter Erkrankungen.

Die wichtigsten Ergebnisse auf einen Blick:

- Von den ~14.800 COVID Patienten entwickelten 75% ein SARI. Die Sterblichkeit war mit 23% signifikant höher als bei nicht mit COVID assoziierten SARI mit 12%.
- Bei den verbleibenden 25% der COVID Patienten ohne Lungenbeteiligung verstarben ca. 7%.
- Es wurden dreifach mehr Patienten mit COVID-Verdacht als mit nachgewiesenem COVID behandelt. Bei COVID-Verdachtspatienten war die Sterblichkeit 6,6%.
- Das nicht COVID-bedingte SARI war mit ~166.000 Fällen im ersten Halbjahr 2020 seltener als im selben Zeitraum 2019 (~222.000).
- Die Zahl der Intensiv- und Beatmungsfälle war geringer als 2019.
- Die Krankenhausfälle waren im Lockdown um 40% reduziert und blieben auch am Ende des ersten Halbjahres ca. 15% unter der Zahl von 2019.
- Hiervon sind nicht nur elektive Behandlungen, sondern auch dringliche und Notfallbehandlungen betroffen.

https://www.initiative-qualitaetsmedizin.de/

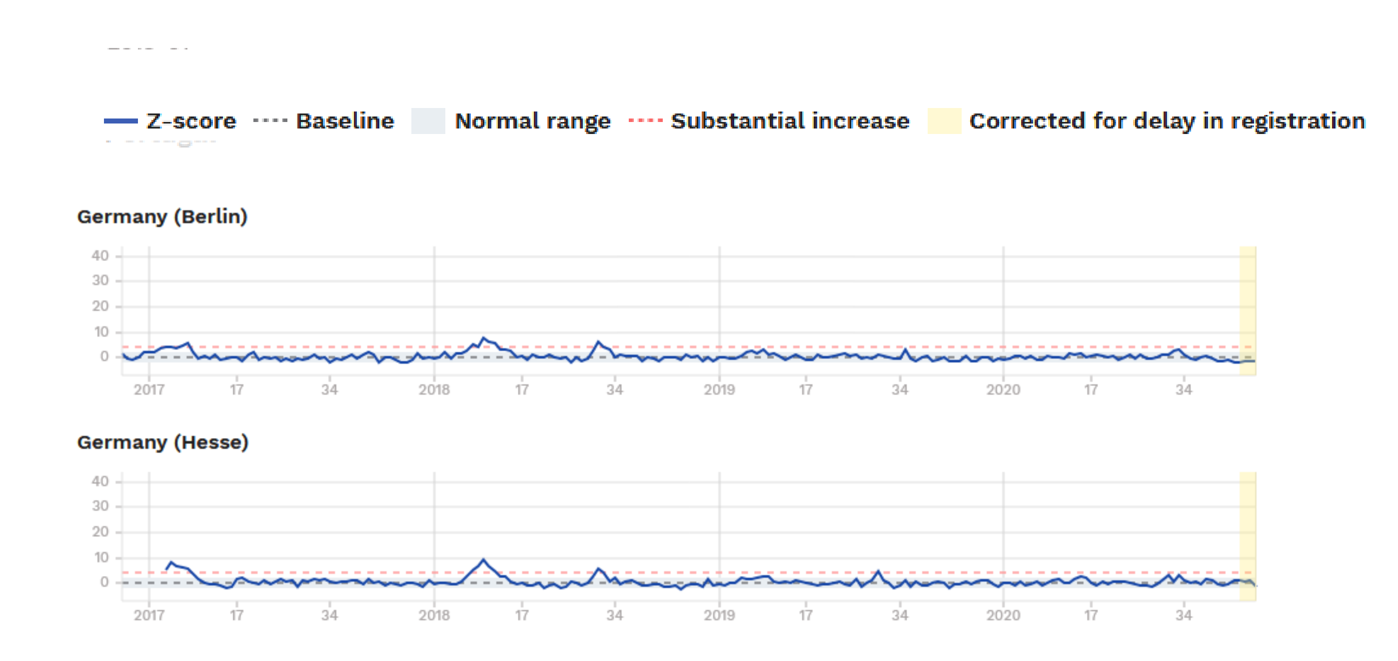
Auch diese Analyse zeigt, dass im Allgemeinen keine Zunahme von Atemwegserkrankungen zu verzeichnen ist.

Bestätigung finden diese Ausführungen auch in den aktuellen Zahlen von EuroMOMO. Das europäische Projekt zur Überwachung der Sterblichkeit, in welches auch das RKI eingebunden ist (https://www.euromomo.eu/about-us/partners/), erfasst mit standardisierten Verfahren in Echtzeit die Anzahl von Todesfällen im Zusammenhang mit Bedrohungen der öffentlichen Gesundheit in den teilnehmenden europäischen Ländern.

Das System ist seit 2009 in Betrieb und wird kontinuierlich in den europäischen Ländern eingesetzt, die die Mindestanforderungen erfüllen, nachdem im Frühjahr 2009 die sog. Schweinegrippe ausgerufen worden war, die ohne gravierende Folgen für die öffentliche Gesundheit blieb, aber enorme Kosten für die vorsorgliche Beschaffung von

Impfstoffen verursacht hatte. Auf Grundlage der zeitnahen, standardisierten und koordinierten Erhebung der Sterblichkeit gelang es im Winter 2009/10, die Regierungen und Behörden in den europäischen Ländern zur angemessenen Vorbereitung der Gesundheitssysteme auf die Auswirkungen der Infektionswelle zu bewegen.

Dort finden sich folgende aktuelle Graphiken, die keine Auffälligkeiten aufweisen:



https://www.euromomo.eu/graphs-and-maps#excess-mortality

Auch dieses Vorbringen ist entscheidungserheblich, da der Senat unkritisch auf die Zahl der stationär behandelten COVID-19 Patient*innen abgestellt hat, ohne die bereits in der Antragsschrift vom 11.11.2020 dargelegten Einschränkungen der Aussagekraft dieser Zahlen zu berücksichtigen.

2. Ferner verkennt der Senat – auch wenn dies nicht rügefähig sein dürfte – dass es **nicht** Sache des Verordnungsgebers ist, festzulegen, ob Sachverhalte miteinander vergleichbar sind; diese Wertung hat einzig das Gericht vorzunehmen.

Dass der Senat im Ergebnis meint, die Vorstellung des Verordnungsgebers, dass Einkaufen und der Friseurgang einem berechtigten gesellschaftlichen Bedürfnis entsprechen, stelle keine Verletzung des Gleichheitsgrundsatzes dar, ist nicht nachvollziehbar.

Der Senat führt aus (Beschluss, S. 9):

> Hier handelt es sich schon nicht um vergleichbare Sachverhalte, weil der Verordnungsgeber Einkäufe und Friseurbesuche der Grundversorgung zurechnet und insoweit ein gesellschaftliches Bedürfnis anerkennt. Die Offenhaltung dieser Bereiche hält der Verordnungsgeber aus diesem Grunde für dringender geboten als die Ermöglichung sportlicher Betätigung, die im Übrigen - wenn auch unter Beschränkungen - stattfinden kann (etwa Individualsport, Sportunterricht, Rehabilitationssport).

Wer bestimmt das gesellschaftliche Bedürfnis?

Ist es unserer Gesellschaft wirklich wichtiger, ungehemmt einkaufen gehen zu können, statt Sport zur Gesundhaltung zu treiben und kulturelle Angebote zu genießen?

Eine Gesellschaft die einkaufen gehen – Lebensmittelläden, Apotheken usw. sind damit natürlich nicht gemeint – und somit den **ungehemmten Konsum** als solchen als **Grundversorgung** ansieht aber **Sport und Kultur für verzichbar hält**, wäre eine zu bedauernde Gesellschaft.

Dass der Senat und der Verordnungsgeber ein solches Bild von der Gesellschaft haben, ist erschütternd.

Jessica Hamed
Rechtsanwältin